



### Use esta Solicitud para ver para cuál cobertura califica.

- Seguro gratuito o de bajo costo de TennCare o CoverKids.
- Ayuda para pagar los gastos de Medicare.



### ¿Quién puede usar esta Solicitud?

- Use esta Solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Otras personas de su hogar que quieran solicitar TennCare o CoverKids.
- Las familias que incluyen a inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar en nombre de su hijo aunque usted no califique para la cobertura. La solicitud no afectará su estado de inmigración ni la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le está ayudando a llenar esto, es posible que necesite completar la sección Ayuda para completar esta Solicitud en la siguiente página de esta Solicitud.



### Cosas que podría necesitar para completar esta Solicitud

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro médico).
- Información sobre empleadores e ingresos de todos en su familia (por ejemplo, de talonarios de cheques de paga, formularios W-2, estados de cuenta bancarios o declaraciones de impuestos y salarios). Los números de póliza de cualquier seguro médico que tenga ahora (aparte de TennCare o CoverKids).
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su familia.



### ¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle para qué cobertura califica y si puede recibir ayuda para pagarla. **Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, vaya a <https://tn.gov/tenncare/topic/hipaa-policies>.



### ¿Qué sucede después?

Envíe su Solicitud completa y **firmada** a:  
TennCare Connect  
P.O. Box 305240  
Nashville, TN 37202-5240

También puede enviar su formulario por fax al 1-855-315-0669.

**¿Y si no tiene toda la información que pedimos cuando es el momento de enviarnos su Solicitud? Firme y envíenos su Solicitud de todos modos.** Después de que recibamos su Solicitud, veremos si nos faltan datos de usted. Entonces le enviaremos una carta pidiéndole que nos envíe los datos que todavía necesitamos. Esa carta incluirá una portada que devolverá con sus datos. La portada nos ayuda a vincular fácilmente los datos que envía a su Aplicación.

Después de que recibamos su Solicitud y datos, revisaremos su información. Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Si tiene preguntas, llámenos gratis al 1-855-259-0701.



### ¿Quiere saber de qué otras maneras puede presentar la solicitud?

En línea: [www.tennareconnect.tn.gov](http://www.tennareconnect.tn.gov)

Teléfono: Llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701 para presentar la solicitud o recibir ayuda.

**En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-259-0701.

En persona: Puede presentar la solicitud en la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS). Para encontrar la oficina local, vaya a: [www.tn.gov/humanservices](http://www.tn.gov/humanservices) y haga clic en "Office Locations" al pie de la página.



## Ayuda para completar esta Solicitud

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Puede llamar a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

¿Y si necesita ayuda personal con su Solicitud? Puede obtener ayuda de TennCare Connect. Llame al: **1-855-259-0701**.

En la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHS) le pueden ayudar. Para encontrar la oficina local, vaya a: <https://www.tn.gov/humanservices> y haga clic en "Office Locations" en la parte inferior de la página o llame al **1-866-311-4287**. Si llama desde Nashville, llame al **615-313-4700**.

Si está recibiendo atención en un centro local de salud mental de la comunidad, ellos también pueden ayudarle. La lista de oficinas se encuentra en: [www.tamho.org/#services](http://www.tamho.org/#services).

¿Tiene alguna discapacidad intelectual y/o del desarrollo y necesita ayuda con su Solicitud?

Puede recibir ayuda del Departamento de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (Department of Developmental and Intellectual Disabilities) en el área donde vive:

Oeste de TN: **1-866-372-5709**

Centro de TN: **1-800-654-4839**

Este de TN: **1-888-531-9876**

¿Desea solicitar Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) o en una casa de convalecencia y necesita ayuda con su Solicitud?

Puede recibir ayuda de la Agencia Local para Discapacidades y Senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD). Llame al: **1-866-836-6678**.

¿Le está ayudando alguien a llenar esta Solicitud? Si sí, ¿quién es? Nombre: \_\_\_\_\_

¿Tiene una Persona que Ayuda que pueda hablar con nosotros sobre su Solicitud en su nombre? Esta persona puede ser igual o diferente a la persona que mencionó anteriormente. Una Persona que ayuda es una persona de confianza quien, con su consentimiento, puede:

- Firmar una Solicitud en su nombre
- Completar y enviar un formulario de renovación
- Recibir copias de sus cartas y otras comunicaciones de nosotros
- Actuar en su nombre en todos los demás asuntos con nosotros

Su Persona que Ayuda puede ser un individuo o una organización. La información divulgada por y a su Persona que Ayuda puede ser divulgada a otros. No todos tienen que seguir las mismas reglas de privacidad.

Su Persona que Ayuda continuará teniendo estos derechos hasta que usted nos diga que desea cambiar. Si alguna vez necesita cambiar a su Persona que Ayuda o desea terminar sus derechos como su representante, llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**. Esto no cambiará los datos que ya hayamos divulgado a su Persona que Ayuda, pero no le divulgaremos más datos.

Si usted o alguien en esta Solicitud ya tiene una Persona que Ayuda (un guardián, custodio o apoderado), envíenos el comprobante con la Solicitud. Es útil enviarlo aunque ya nos haya dado ese comprobante.

Díganos sobre su Persona que Ayuda completando la información a continuación.

1. Nombre de la Persona que Ayuda (nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono		

Díganos las obligaciones y el permiso concedido a esta Persona que Ayuda:

- Firmar una Solicitud en mi (el solicitante) nombre
- Completa y enviar un formulario de renovación en mi (el solicitante) nombre
- Recibir copias de mis (el solicitante) y otras comunicaciones enviadas por nosotros.
- Actuar mi (el solicitante) nombre en todos los demás asuntos con nosotros.

¿Cuánto tiempo quiere que la Persona que lo Ayuda le ayude?  3 meses  5 meses  1 año  Continuamente

Si su Persona que Ayuda forma parte de una organización que le ayuda a presentar la solicitud, como un hospital, un médico o una casa de convalecencia, el empleado representante debe completar la información y firmar a continuación. Él o ella también debe aceptar que:

Como empleado, miembro del personal o voluntario de la organización o proveedor nombrado a continuación, afirma que observará 42 CFR 431(f), 42 CFR 155.260(f) y 45 CFR 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes sobre los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. La organización o proveedor deberá notificar a la Agencia cualquier cambio en el nombre o información de contacto del representante en un plazo de diez (10) días del cambio.

1. Nombre de la organización (si corresponde)		2. Número de identificación (si corresponde)	
3. Firma del representante autorizado (si corresponde)		4. Fecha (si corresponde)	



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

Escriba en letras mayúsculas de molde usando solo tinta negra o azul oscuro. Marque las casillas (  ) así .

### Antes de comenzar:

Use esta Solicitud para solicitar TennCare, CoverKids o un programa de ahorros de Medicare, como QMB/SLMB.

## PASO 1: Persona 1 Sus datos personales

Usted será la **Persona 1** comenzando en la página siguiente. La Persona 1 es el jefe de familia.

1. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo (Jr., Sr., III)	
2. Dirección residencial (deje en blanco si no tiene dirección)						3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad			5. Estado	6. Código postal	7. Condado		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>			
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)						9. Número de apartamento o suite	
10. Ciudad			11. Estado	12. Código postal	13. Condado		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>			
14. Teléfono				15. Otro número de teléfono			
Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo				Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			
( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext:				( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext:			
16. ¿Cuál es su idioma preferido hablado?				¿Cuál es su lenguaje preferido escrito?			

## PASO 2: Díganos sobre su familia.

Usaremos sus datos para ver si califica para la cobertura de atención médica con nosotros. Primero veremos si califica para TennCare. Si sus ingresos son demasiado altos, pero tiene menos de 19 años o está embarazada y cumple con otras reglas, veremos si califica para CoverKids. El tipo de programa para el que califica depende de la cantidad de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que pueda obtener cobertura con nosotros.

### Incluya a:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años que vivan con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 19 años bajo su cargo y que viva con usted

### NO tiene que incluir:

- Sus padres si viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

### Los menores de 21 años también incluyen:

- Padre/madre (o padrastro/madrastra) que viva con usted
- Hermanos (o hermanastros) que vivan con usted
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años que vivan con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted

### Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.

Comience con usted mismo, luego agregue a otras personas que vivan con usted. Si hay más de 2 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. O bien, puede imprimirlas desde nuestro sitio web en [www.tn.gov/tenncare](http://www.tn.gov/tenncare).

No tiene que proporcionar el estado de inmigración o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Usaremos información personal sólo para ver si califica para cobertura de seguro médico.



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

**PASO 2: PERSONA 1****Comience con usted mismo. Recuerde, la Persona 1 es el Jefe de familia**

Complete el Paso 2 para usted y otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre Segundo Apellido Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 3. Sexo 4. Relación con la Persona 1

Hombre  Mujer

**YO MISMO**

5. **Número de Seguro Social (SSN)** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ Si no, ¿en qué fecha lo solicitó? \_\_\_\_\_

 **Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si desea cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si necesita ayuda para obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov), o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Está solicitando cobertura de seguro médico nosotros?  Sí  No Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 23, 38-50, y 53-55.

7. Si es hispano/latinoamericano (Opcional - Marque todo lo que corresponda).

Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

8. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda).

Blanco  Filipino  Vietnamita  De otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  Japonés  Asiático, otro  Otra \_\_\_\_\_

Indio nativo  Coreano  Nativo de Hawái

estadounidense o nativo  Indio asiático  Guameño o chamorro

de Alaska  Chino  Samoano

9. ¿En algún momento ha sido conocido por algún otro nombre? Si sí:

Nombre Inicial Apellido Sufijo

10. Si es aprobado para TennCare Medicaid, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan que usted elija. Si no elige uno ahora, nosotros escogeremos. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta Solicitud. **Yo quiero que mi plan de seguro médico sea:**  AMERIGROUP  BlueCare  UnitedHealth Care Community Plan

Si es aprobado para CoverKids, su plan de seguro médico será Blue Care.

11. ¿Es usted residente de Tennessee?  Sí  No

12. ¿Está viviendo fuera del estado temporalmente?  Sí  No

Si es así, ¿piensa regresar a Tennessee?  Sí  No Fecha en que planea regresar a Tennessee: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

13. Si tiene menos de 22 años, ¿cuál es el estado de su matriculación escolar? **Sáltese esta pregunta si tiene 22 años de edad o más.**

Ninguno  Menos de 6 horas/semana  6 o 7 horas/semana  8 a 11 horas/semana  12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. Si tiene menos de 22 años, ¿trabaja a tiempo completo?  Sí  No **Sáltese esta pregunta si tiene 22 años de edad o más.**

15. ¿Es usted un **ciudadano estadounidense** o de **nacionalidad estadounidense**?  Sí  No Si sí, sáltese 16 -22

16. ¿Es usted un ciudadano naturalizado o derivado?  Sí  No Si sí, conteste a. y b.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

17. Si no es un **ciudadano estadounidense** o de **nacionalidad estadounidense**, ¿tiene un estado de inmigración elegible?  Sí.

a. ¿Cuál es su estado de inmigración? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha obtuvo esta persona este estado? \_\_\_\_\_

Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación. Tipo de documento:

Número de extranjero  Número I-94  Número de tarjeta  Número de pasaporte

SEVIS ID  No. de Certificado de Ciudadanía  No. de Certificado de Naturalización  No. de Visa

Número de ID: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

b. ¿Tuvo un estado de inmigración diferente?  Sí  No

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No

18. ¿Es usted, o su cónyuge o padre/madre, veterano o miembro del servicio activo del ejército estadounidense?  Sí  No

19. ¿Es usted Indio nativo de Estados Unidos o de Alaska? Conteste 20-22. Si no, sáltese las preguntas 20-22

20. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?  Sí  No Si sí, ¿cómo se llama la tribu? \_\_\_\_\_

21. ¿Alguna vez ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?  Sí  No

22. ¿Califica para recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?  Sí  No



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

**PASO 2: PERSONA 1****Siga con usted mismo**

23. ¿Planea presentar declaración de impuestos federales en el próximo período de declaración de impuestos? *Puede solicitar cobertura aunque no lo haga.*  
 **SÍ. Si sí,** conteste las preguntas a – d.  **NO. Si no,** sáltese la pregunta d.
- a. ¿Declarará junto con su cónyuge?  Sí  No  
**Si sí,** escriba el nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_
- b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No  
**Si sí,** escriba el nombre de cada dependiente: \_\_\_\_\_
- c. ¿Vive alguno de sus dependientes fuera de su hogar?  Sí  No  
**Si sí,** escriba el nombre de cada dependiente: \_\_\_\_\_
- d. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No  
**Si sí,** escriba el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con contribuyente? \_\_\_\_\_
- 
24. ¿Es usted un cuidador primario de un niño menor de 19 años?  Sí  No  
**Si sí,** ¿de quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con él o ella? \_\_\_\_\_
- 
25. ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?  Sí  No  
**Si sí,** ¿cuántos bebés está esperando en este embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
 Está bien decirnos una fecha aproximada si no sabe con seguridad.
- 
26. ¿Está inscrito o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B?  Sí  No
- 
27. ¿Ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia?  Sí  No
- 
28. ¿Es menor de 26 años y estaba en cuidado de acogida a los 18 años o más y vivía en Tennessee en ese momento?  Sí  No
- 
29. ¿Es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero?  Sí  No
- 
30. ¿Está usted en el hospital ahora y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en el hospital ahora y estará allí por lo menos 30 días?   No  
**Si sí,** díganos quién: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue internado en el hospital? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
 Díganos el nombre del hospital en el que se encuentra: \_\_\_\_\_  
 Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_
- 
31. ¿Vive en una casa de convalecencia?  Sí  No  
 Si sí, ¿cómo se llama el lugar? \_\_\_\_\_
- 
32. ¿Necesita atención para enfermos terminales (hospicio)?  Sí  No
- 
33. ¿Tiene más de 65 años o es un adulto con discapacidades físicas y desea recibir Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)?  
 Sí  No
- ¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 866-836-6678. De todas maneras debe completar esta Solicitud, pero ellos pueden ayudarle.
- 
34. ¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo y quiere atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual o ICF/IID?  
 Sí  No
- 
35. ¿Tiene discapacidades intelectuales y/o del desarrollo y desea recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES?  Sí  No  
 ¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Luego también debe completar un referido en línea en:  
<https://tcreq.tn.gov/tmtrack/ect/index.htm>.
- 
36. ¿Tiene Medicare y desea obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare como QMB o SLMB?  Sí  No
- 
37. ¿Recibió beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI en el pasado pero ahora no?  Sí  No  
 Si sí, ¿cuándo terminó? \_\_\_\_\_
- 
38. ¿Tiene gastos por cosas que lo ayuden a trabajar porque es ciego o discapacitado?  Sí  No



**PASO 2: PERSONA 1****Información sobre el trabajo actual y los ingresos****Información sobre el trabajo actual y los ingresos**

**Tiene empleo:** Si actualmente está empleado, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 39.

**Desempleado:**  
Sáltese a la pregunta 49.

**Empleo por cuenta propia:**  
Sáltese a la pregunta 50.

**Trabajo actual 1:**

39. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

40. Número de teléfono del patrón

41. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos)

\$

42. ¿Cómo le pagan?

- Por hora       Por día       Por semana  
 Cada 2 semanas       2 veces/mes       Por mes  
 Por año       Por trimestre       Irregular  
 Por semestre       Una sola vez

43. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga (conteste solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 42).

**Trabajo actual 2:** (Si tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

44. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

45. Número de teléfono del patrón

46. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos)

\$

47. ¿Cómo le pagan?

- Por hora       Por día       Por semana  
 Cada 2 semanas       2 veces/mes       Por mes  
 Por año       Por trimestre       Irregular  
 Por semestre       Una sola vez

48. Promedio de horas trabajadas en cada periodo de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 47.)

49. **Otros ingresos que recibe este mes:** Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

- |  |                             |   |                             |
|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno   |                             | <input type="checkbox"/> Trabajador del censo                     | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Comp. por desempleo                                     | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia                      | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones   | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de la orden de pensión alimenticia | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación                                   | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Ing. netos agric./pesca                  | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención de hijos                                    | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Ing. netos de alq./regalías              | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social   | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos                  | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
| Si marcó la casilla de Seguro Social, debe responder pregunta 51 a continuación. |                             | <input type="checkbox"/> Tipo                                     | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
|  |                             | <input type="checkbox"/> Ingresos de lotería                      | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
|  |                             | <input type="checkbox"/> Otros ingresos                           | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |
|  |                             | <input type="checkbox"/> Tipo                                     | _____                       |

50. Si trabaja por su cuenta, conteste las preguntas a-c.

a. ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_  
 b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace? \_\_\_\_\_

c. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

## PASO 2: PERSONA 1

Continúe diciéndonos sobre usted.

51. ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si es menor de 18 años) o su cónyuge le ayuda a pagar su comida O alojamiento cada mes? (Gastos de vivienda incluye cosas como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura, impuestos a la propiedad.)  Sí  No  
**Si sí** conteste las preguntas a-g.
- a. ¿Alguien que ayuda a pagar esto vive con esta persona?  Sí  No
- b. ¿Qué le ayudan a pagar?? \_\_\_\_\_
- c. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ \_\_\_\_\_
- d. ¿Cuánto paga usted? \$ \_\_\_\_\_
- e. ¿Cuánto paga la otra persona? \$ \_\_\_\_\_
- f. ¿Número de personas en el hogar? \_\_\_\_\_
- g. ¿Todas las personas que viven con usted reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980. También incluye ayuda que podría recibir de los gobiernos estatales o locales para pagar cosas como vivienda, facturas de servicios públicos o teléfonos.)  
 Sí  No

52. ¿Tiene facturas médicas o dentales por atención que recibió o pagó en los últimos 90 días?  Sí  No
- a. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuál fue la fecha del servicio? \$ \_\_\_\_\_
- c. ¿A quién le envía los pagos? \$ \_\_\_\_\_

53. ¿Tiene gastos de vivienda o de servicios públicos, gastos de cuidado de dependientes o gastos de manutención de los hijos?  Sí  No

54. ¿Tiene deducciones antes de impuestos?  Sí  No **Si sí**, marque todo lo que corresponda: Indique cuánto paga cada mes. Si no, sátese a la pregunta 55.

- |   |                  |   |                  |
|---|------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico  | \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Compensación diferida                        | \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> Seguro dental  | \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Primas de seguros de vida antes de impuestos | \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> Seguro para atención de la vista   | \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Otra deducción                               | \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) | \$ _____ por mes | Tipo  | _____            |

55. ¿Tiene gastos que se puedan deducir en una declaración de impuestos?  Sí  No **Si sí**, marque todo lo que corresponda. Indique la cantidad que paga cada mes. Si no, sátese esta pregunta.

- |  |                  |   |                  |
|--|------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada                    | \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos | \$ _____ por mes |
| Fecha de la orden de pensión alimenticia                               | _____            | <input type="checkbox"/> Gasto de mudanza militar                           | \$ _____ Total   |
| <input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiantiles pagados  | \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Otra deducción                                     | \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas                            | \$ _____ por mes | Tipo  | _____            |
| <input type="checkbox"/> Gastos de educador                            | \$ _____ por mes |   |                  |
| <input type="checkbox"/> Gastos de negocio                             | \$ _____ por mes |   |                  |
| <input type="checkbox"/> Parte deducible del trabajo por cuenta propia | \$ _____ por mes |   |                  |

**¡Gracias! ¡Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted!**

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20



**PASO 2: PERSONA 2****Díganos sobre otro miembro de la familia.**

Complete el Paso 2 para otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre	Segundo	Apellido	Sufijo
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		4. Relación con la Persona 1

5. **Número de Seguro Social (SSN)** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ Si no, ¿en qué fecha solicitó la Persona 2 una? \_\_\_\_\_

 **Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si la Persona 2 quiere cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si la Persona 2 necesita ayuda para obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov), o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿La PERSONA 2 está solicitando cobertura de seguro médico nosotros?  Sí  No Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 23, 38-50, y 53-55

7. Si es hispano/latinoamericano (Opcional - Marque todo lo que corresponda).

Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra \_\_\_\_\_

8. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda.)

Blanco  Filipino  Vietnamita  De otra isla del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Japonés  Asiático, otro  Otra \_\_\_\_\_  
 Indio nativo  Coreano  Nativo de Hawái  
 estadounidense o nativo  Indio asiático  Guameño o chamorro  
 de Alaska  Chino  Samoano

9. ¿En algún momento la PERSONA 2 ha sido conocida por algún otro nombre? Si sí:

Nombre	Inicial	Apellido	Sufijo
--------	---------	----------	--------

10. Si la Persona 2 es aprobada para TennCare Medicaid, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan de seguro médico que elija. Si no elige uno ahora, nosotros lo podemos escoger. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan de seguro médico. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta solicitud. **Yo quiero que su plan de seguro médico sea :**

AMERIGROUP  BlueCare  UnitedHealth Care Community Plan

Si es aprobado para CoverKids, su plan de seguro médico será Blue Care.

11. ¿La PERSONA 2 es residente de Tennessee?  Sí  No

12. ¿La PERSONA 2 está viviendo fuera del estado temporalmente?

Si sí, ¿La PERSONA 2 planea regresar a Tennessee?  Sí  No Fecha en que la PERSONA 2 planea regresar a Tennessee: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

13. Si la PERSONA 2 es menor de 22 años, ¿cuál es su estado de matriculación escolar? Sáltese esta pregunta si la PERSONA 2 tiene 22 años o más.

Ninguno  Menos de 6 horas/semana  6 o 7 horas/semana  8 a 11 horas/semana  12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. Si la PERSONA 2 es menor de 22 años, ¿trabaja a tiempo completo?  Sí  No Sáltese esta pregunta si la PERSONA 2 tiene 22 años de edad o más.

15. ¿La PERSONA 2 es ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense?  Sí  No Si sí, sáltese 16-22.

16. ¿La PERSONA 2 es un ciudadano naturalizado o derivado?  Sí  No Si sí, conteste a. y b.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. No. de certificado: \_\_\_\_\_

17. Si la PERSONA 2 no es un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible?  Sí

a. ¿Cuál es su estado de inmigración? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha obtuvo este estado? \_\_\_\_\_

Complete el tipo de documento y el número de identificación de la Persona 2 a continuación. Tipo de documento:

Número de extranjero  Número I-94  Número de tarjeta  Número de pasaporte  
 SEVIS ID  No. de Certificado de Ciudadanía  No. de Certificado de Naturalización  No. de Visa

Número de ID: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

b. ¿Tuvo un estado de inmigración diferente antes?  Sí  No

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No

18. ¿La PERSONA 2, o el cónyuge o padre/madre de la PERSONA 2, es un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense?  Sí  No

19. Si la PERSONA 2 es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska, conteste 20-22. Si no, sáltese 20-22.

20. ¿La PERSONA 2 es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?  Sí  No Si sí, ¿cómo se llama la tribu? \_\_\_\_\_

21. ¿Alguna vez la PERSONA 2 ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?  Sí  No

22. ¿La PERSONA 2 califica para recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?  Sí  No



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

**PASO 2: PERSONA 2****Continúe con la PERSONA 2.**

23. ¿La PERSONA 2 presentará una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos? *La persona 2 puede solicitar cobertura aunque no presente una declaración de impuestos federales.*

**SÍ. Si sí,** conteste las preguntas a – d.  **NO. Si no,** sátese la pregunta d.

a. ¿La PERSONA 2 declarará conjuntamente con un cónyuge?  Sí  No

**Si sí,** escriba el nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La PERSONA 2 reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si sí,** escriba el nombre de cada dependiente: \_\_\_\_\_

c. ¿Vive alguno de sus dependientes fuera de su hogar?  Sí  No

**Si sí,** escriba el nombre de cada dependiente: \_\_\_\_\_

d. ¿Alguien reclamará a la PERSONA 2 como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si sí,** escriba el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la relación entre la Persona 2 y el contribuyente?

\_\_\_\_\_

24. ¿La PERSONA 2 es un cuidador primario de un niño menor de 19 años?  Sí  No

**Si sí,** ¿de quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con la PERSONA 2? \_\_\_\_\_

25. ¿La PERSONA 2 está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?  Sí  No

**Si sí,** ¿cuántos bebés está esperando en este embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
Está bien decimos una fecha aproximada si no sabe con seguridad.

26. ¿La PERSONA 2 está inscrita o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B?  Sí  No

27. ¿La PERSONA 2 ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia?  Sí  No

28. ¿La PERSONA 2 es menor de 26 años y estaba en cuidado de acogida a los 18 años o más y vivía en Tennessee en ese momento?  Sí  No

29. ¿La PERSONA 2 es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero?  Sí  No

30. ¿Es la PERSONA 2 en el hospital y ha estado allí por al menos 30 días? O, ¿está en el hospital ahora y estará allí por lo menos 30 días?  Sí  No

**Si sí,** díganos quién: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue internado en el hospital? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Díganos el nombre del hospital en el que se encuentra: \_\_\_\_\_

Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

31. ¿Vive la Persona 2 en una casa de convalecencia?  Sí  No

**Si sí,** ¿cómo se llama el lugar? \_\_\_\_\_

32. ¿La Persona 2 necesita cuidados paliativos?  Sí  No

33. ¿Persona 2 es mayor de 65 años o es un adulto con discapacidades físicas y desea recibir servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)?

Sí  No

¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 866-836-6678. De todas maneras debe completar esta Solicitud, pero ellos pueden ayudarlo.

34. ¿Tiene la Persona 2 una discapacidad intelectual y requieren atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual o ICF/IID)?

Sí  No

35. ¿La Persona 2 tiene discapacidades intelectuales y/u otras discapacidades del desarrollo y desea recibir servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES?  Sí  No

¿Y si la Persona 2 piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Entonces debe completar un referido en línea en:  
<https://tcreg.tn.gov/tmtrack/ect/index.htm>.

36. ¿Tiene la Persona 2 Medicare y quiere obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB?  Sí  No

37. ¿La Persona 2 recibió Seguridad de Ingreso Suplementario o beneficios de SSI, en el pasado pero ahora no?  Sí  No

**Si sí,** ¿cuándo terminó? \_\_\_\_\_

38. ¿La Persona 2 tiene gastos para cosas que le ayuden a trabajar porque es ciego o discapacitado?  Sí  No



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

## PASO 2: PERSONA 2

### Información sobre el trabajo actual y los ingresos

#### Información sobre el trabajo actual y los ingresos

**Tiene empleo:** Si actualmente está empleado, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 39.

**Desempleado:** Sáltese a la pregunta 49.

**Empleo por cuenta propia:** Sáltese a la pregunta 50.

#### Trabajo actual 1:

39. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	40. Número de teléfono del patrón
41. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	42. ¿Cada cuándo le pagan a la Persona 2? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		43. Promedio de horas trabajadas en cada periodo de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 42.)

#### Trabajo actual 2: (Si la PERSONA 2 tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

44. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	45. Número de teléfono del patrón
46. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$	47. ¿Cada cuándo le pagan a la Persona 2? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		48. Promedio de horas trabajadas en cada periodo de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 47.)

49. **Otros ingresos que recibe la Persona 2 este mes:** Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Trabajador del censo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Comp. por desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____	Fecha de la orden de pensión alimenticia _____	
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Ing. netos agric./pesca	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Manutención de hijos \$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Ing. netos de alq/regalías	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
	Tipo _____	
	<input type="checkbox"/> Ingresos de lotería	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
	Tipo _____	

Si marcó la casilla de Seguro Social, debe responder pregunta 51 a continuación.

50. Si la PERSONA 2 trabaja por su cuenta, conteste las preguntas a-c.

a. ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace? \_\_\_\_\_

c. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) recibirá la PERSONA 2 de este trabajo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

## PASO 2: PERSONA 2

Continúe diciéndonos sobre la PERSONA 2

51. ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si es menor de 18 años) o su cónyuge le ayuda a la PERSONA 2 a pagar su comida O alojamiento cada mes? (Gastos de vivienda incluye cosas como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura, impuestos a la propiedad.)  Sí  No  
**Si sí, conteste las preguntas a-g.**

a. ¿La persona que le ayuda a la PERSONA 2 a pagar esto vive con la PERSONA 2?  Sí  No

b. ¿Para qué es el dinero con que le ayuda a la PERSONA 2? \_\_\_\_\_

c. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ \_\_\_\_\_

d. ¿Cuánto paga la PERSONA 2? \$ \_\_\_\_\_

e. ¿Cuánto paga la otra persona? \$ \_\_\_\_\_

f. ¿Cuántas personas hay en el hogar? \_\_\_\_\_

g. ¿Todas las personas que viven con la Persona 2 reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980. También incluye ayuda que podría recibir de los gobiernos estatales o locales para pagar cosas como vivienda, facturas de servicios públicos o teléfonos.)

Sí  No

52. ¿Tiene la PERSONA 2 facturas médicas o dentales por atención que recibió o pagó en los últimos 90 días?  Sí  No

a. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál fue la fecha del servicio? \$ \_\_\_\_\_

c. ¿A quién le envía el pago la Persona 2? \$ \_\_\_\_\_

53. ¿La PERSONA 2 tiene gastos de vivienda o de servicios públicos, gastos de cuidado de dependientes o gastos de manutención de los hijos?  Sí  No

54. ¿La Persona 2 tiene deducciones antes de impuestos?  Sí  No **Si sí, marque todo lo que corresponda:** Indique cuánto paga cada mes. Si no, sátese a la pregunta 55.

Seguro médico \$ \_\_\_\_\_ por mes

Seguro dental \$ \_\_\_\_\_ por mes

Seguro para atención de la vista \$ \_\_\_\_\_ por mes

Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) \$ \_\_\_\_\_ por mes

Compensación diferida \$ \_\_\_\_\_ por mes

Primas de seguros de vida antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_ por mes

Otra deducción \$ \_\_\_\_\_ por mes

Tipo \_\_\_\_\_

55. ¿La PERSONA 2 tiene gastos que se puedan deducir en una declaración de impuestos?  Sí  No **Si sí, marque todo lo que corresponda.** Indique la cantidad que la PERSONA 2 paga cada mes. Si no, sátese esta pregunta.

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ por mes

Fecha de la orden de pensión alimenticia \_\_\_\_\_

Intereses de préstamos estudiantiles pagados \$ \_\_\_\_\_ por mes

Matrícula y cuotas \$ \_\_\_\_\_ por mes

Gastos de educador \$ \_\_\_\_\_ por mes

Gastos de negocio \$ \_\_\_\_\_ por mes

Parte deducible del trabajo por cuenta propia \$ \_\_\_\_\_ por mes

Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos \$ \_\_\_\_\_ por mes

Gasto de mudanza militar \$ \_\_\_\_\_ Total

Otra deducción \$ \_\_\_\_\_ por mes

Tipo \_\_\_\_\_

**¡Gracias! ¡Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2!**

**¿Qué sucede si hay más de 2 personas viviendo con usted que necesitan presentar una solicitud?  
 Haga una copia del Paso 2 de la Persona 2 para cada persona adicional que desee presentar una solicitud.  
 O, imprímalas desde nuestro sitio web en [www.tn.gov/tenncare](http://www.tn.gov/tenncare).**

**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20



**PASO 3****Díganos sobre la cobertura de seguro médico de su familia**

1. ¿Hay alguien en su Solicitud inscrito en cobertura de seguro médico ahora?  Sí  No

**Si sí,** díganos más sobre esa cobertura de seguro médico. Conteste a - i. **Si no,** sáltese la a pregunta 2.

a. Nombre de la compañía de seguro		b. ¿Qué tipo de cobertura de seguro de médico es?	
c. ¿Quién está cubierto en esta póliza?			
d. Número de póliza:	e. Número de grupo:	f. Fecha de comienzo de la cobertura (mm/dd/aaaa)	
g. ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
h. ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
i. ¿Este plan cubre beneficios de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

2. ¿Alguien de su Solicitud tiene acceso a otra cobertura de seguro médico pero no se ha inscrito?  Sí  No

**Si sí,** quién: \_\_\_\_\_

**DETÉNGASE y LEA: El siguiente grupo de preguntas pregunta sobre los recursos de su familia. No tiene que contestarlas si cree que puede calificar como mujer embarazada, niño o cuidadora de un menor de edad. Si elige no responder, vaya al Paso 4 para terminar esta solicitud.** Pero contestar estas preguntas ahora nos ayudará a evaluar su solicitud para más categorías de elegibilidad en las que los recursos cuentan. Si se salta estas preguntas, vaya al paso 4 para terminar.

1. ¿Alguien tiene algún recurso económico? Esto incluye cosas como cuentas de cheques/corrientes, cuentas de ahorros, acciones o fondos mutuos, fondos de pensiones, bonos, fondos fiduciarios, anualidades y planes de ahorros para educación calificados.  Sí  No

**Si sí,** marque todo lo que corresponda.

**Si no,** sáltese a la pregunta 6.

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidad                       | <input type="checkbox"/> Cuenta Keogh                            | <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques               | <input type="checkbox"/> Plan de Ahorros   |
| <input type="checkbox"/> Bonos                           | <input type="checkbox"/> Cuenta fiduciaria de paciente/residente | <input type="checkbox"/> Cuenta de reembolso médico      | Calificados para                           |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito         | <input type="checkbox"/> Pagaré                                  | <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación individual | Estudios Universitarios (Planes 529)       |
| <input type="checkbox"/> Dividendos                      | <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación                    | <input type="checkbox"/> Préstamo                        | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de desarrollo individual | <input type="checkbox"/> Acciones, fondos mutuos                 | <input type="checkbox"/> Fondo de pensión                | <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario  |
|  | <input type="checkbox"/> Cuenta ABLE                             |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Efectivo                                |  | <input type="checkbox"/> Otro _____        |

Díganos más sobre los recursos económicos de su familia. Si marcó más de un tipo de recurso arriba, infórmenos sobre otros recursos en una hoja de papel por separado.

2. Tipo de recurso:	Valor del recurso: \$
---------------------	-----------------------

Anote a todos los que poseen este recurso:

3. Díganos sobre el banco o la compañía donde tiene este recurso económico

Nombre del banco o empresa

a. Dirección

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	4. Número de teléfono del banco o de la empresa
-----------	-----------	------------------	---

5. Si alguien es dueño de un Fideicomiso, díganos sobre ese fideicomiso.

a. Tipo de fideicomiso:	b. Fideicomisario:	c. Valor: \$
-------------------------	--------------------	--------------



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

**Recursos de la familia cont.**

6. ¿Alguien posee alguna propiedad?  Sí  No

**Si sí**, marque todo lo que corresponda. **Si no**, sáltese a la pregunta 9.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos | <input type="checkbox"/> Granja             |
| <input type="checkbox"/> Dúplex                   | <input type="checkbox"/> Terreno            |
| <input type="checkbox"/> Casa                     | <input type="checkbox"/> Casa móvil         |
| <input type="checkbox"/> Terreno vitalicio        | <input type="checkbox"/> Casa de vacaciones |
| <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler    | <input type="checkbox"/> Otro               |
| <input type="checkbox"/> Condominio               |   |

7. Díganos más sobre la propiedad de su familia.

- a. Anote a todas las personas dueñas de esta propiedad: \_\_\_\_\_
- b. Uso de la propiedad: \_\_\_\_\_
- c. ¿Alguien vive allí?  Sí  No **Si sí**, díganos quién: \_\_\_\_\_ **Si no**, ¿Tenían la intención de volver a esta casa?  Sí  No
- d. ¿Vive en esta casa un cónyuge o hijo (menor de 21 años o que es ciego o tiene una discapacidad permanente)?  Sí  No
- e. ¿Alguien recibe dinero de alquiler de esta propiedad?  Sí  No **Si sí**, díganos quién: \_\_\_\_\_  
**Si sí**, ¿cuáles son los ingresos mensuales de esta propiedad? \$ \_\_\_\_\_ Por mes
- f. ¿Cuánto se debe de esta propiedad? \$ \_\_\_\_\_
- g. ¿Cuál es el valor de esta propiedad? \$ \_\_\_\_\_

8. Díganos la dirección de la propiedad que posee, conteste las preguntas a-f.

a. Dirección de la propiedad (deje en blanco si no tiene una propiedad) b. Número de apartamento o suite			
c. Ciudad	d. Estado	e. Código postal	f. Condado

9. ¿Alguien tiene una póliza de seguro de vida?  Sí  No **Si no**, sáltese a la pregunta 11.

- a. Díganos quién tiene una póliza de seguro de vida: \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué tipo de seguro de vida tiene?  Término/grupo  Completo/Universal
- c. ¿Cuál es el valor nominal de esta póliza de seguro de vida? \$ \_\_\_\_\_
- d. ¿Cuál es el de rescate en efectivo de esta póliza de Seguro de Vida? \$ \_\_\_\_\_
- e. Número de póliza: \_\_\_\_\_

10. Díganos más sobre la compañía de seguros de vida que emitió la póliza de seguro de vida.

Nombre de la compañía

a. Dirección

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	e. Número de teléfono de la empresa
-----------	-----------	------------------	-------------------------------------

11. ¿Alguien tiene recursos de entierro (como contratos o lotes)?  Sí  No **Si no**, sáltese a la pregunta 12.

Si sí, indique quién posee recursos de entierro: \_\_\_\_\_

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| a. Valor del recurso de entierro: \$ | b. ¿Cuánto debe de este recurso de entierro? \$  |
| c. Tipo de recurso de entierro:      | d. ¿A quién se destina este recurso de entierro? |



**Recursos de la familia cont.**

12. ¿Alguien posee un vehículo?  Sí  No **Si sí, marque todo lo que corresponda. Si no, sátese a la pregunta 16.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATV/Carritos de golf            | <input type="checkbox"/> Equipos agrícolas |
| <input type="checkbox"/> Autos/camionetas                | <input type="checkbox"/> RV                |
| <input type="checkbox"/> Motocicleta                     | <input type="checkbox"/> Aeronave          |
| <input type="checkbox"/> Remolque                        | <input type="checkbox"/> Otra              |
| <input type="checkbox"/> Motonieve                       |  |
| <input type="checkbox"/> Barcos/embarcaciones personales |  |

13. Díganos más sobre el vehículo en la pregunta 12. Si marcó más de un vehículo arriba, infórmenos sobre los otro(s) vehículo(s) en otra hoja de papel.

a. ¿A quién le pertenece este vehículo? \_\_\_\_\_

b. Año:

c. Marca:

d. Modelo:

e. ¿Cuánto se debe del vehículo?

f. ¿Cuánto vale el vehículo? \$

14. ¿El propietario ingresos por el uso de este vehículo?  Sí  No

15. ¿Cómo utiliza el propietario este vehículo?

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transporte familiar | <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Rancho       |
| <input type="checkbox"/> Para ingresos       | <input type="checkbox"/> Diversión                | <input type="checkbox"/> Herramientas |

16. ¿Alguien tiene algún otro recurso?  Sí  No Si sí, escriba todos a continuación.

a. Tipo de recurso(s): \_\_\_\_\_

b. ¿Cuánto vale cada recurso? \$ \_\_\_\_\_

c. ¿Cuánto se debe de cada recurso? \$ \_\_\_\_\_

17. Quién posee estos recursos: \_\_\_\_\_

18. ¿Alguien ha vendido, negociado o regalado recursos en los últimos cinco años?  Sí  No **Si no, sátese esta pregunta.**

a. Tipo de recurso: \_\_\_\_\_

b. Quién era el dueño de este recurso: \_\_\_\_\_

c. ¿A quién le vendió, intercambió o regaló este recurso? \_\_\_\_\_

d. ¿Por qué vendió, intercambió o regaló este recurso? \_\_\_\_\_

e. ¿En qué fecha vendió, intercambió o regaló este recurso? \_\_\_\_\_

f. ¿Cuál era el valor del recurso? \$ \_\_\_\_\_

g. ¿Cuánto dinero se recibió cuando el recurso fue vendido, negociado o regalado? \$ \_\_\_\_\_

**¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre las posesiones de su familia.**

**No ha terminado con esta Solicitud. ¡Lea las siguientes páginas y luego firme esta Solicitud!**



## PASO 4: Lea y firme esta Solicitud

- Sé que debo informar a TennCare si cualquier cosa cambia (y es diferente) de lo que escribí en la Solicitud en un plazo de 10 días de ese cambio. Puedo reportar cambios en línea en [www.tennconnect.tn.gov](http://www.tennconnect.tn.gov). Puedo llamar al 1-855-259-0701 para reportar cualquier cambio. Puedo enviar por correo los cambios a TennCare Connect a P.O. Box 305240, Nashville, TN 37202-5240. Puedo enviar los cambios por fax al 1-855-315-0669. Alguien de una de las oficinas del DHS del condado puede ayudarme a reportar un cambio.
- Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
- Sé que en virtud de la ley federal, la discriminación no está permitida por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Si piensa que ha sido tratado de una manera injusta, llame al 1-855-259-0701 para reportarlo. La llamada es gratis.
- Sé que si me aprueban, no puedo conservar ningún pago médico o de seguro médico que reciba de un seguro u otras compañías. Esos pagos le pertenecen al Estado. Entiendo que debo cedérselos al Estado.
- Sé que TennCare puede usar la dirección de correo electrónico (o número de teléfono móvil) que proporcioné para enviarme mensajes de correo electrónico o mensajes de texto (SMS) relacionados con mi cobertura, dependiendo de mis preferencias de comunicación. TennCare y sus socios también pueden usar el número de teléfono que proporcioné para llamarme con respecto a mi cobertura.
- Entiendo que si soy elegible para otros tipos de beneficios como discapacidad, ingresos por desempleo o ingresos por jubilación, debo solicitar esos programas si quiero conservar la cobertura con TennCare.
- Sé que si la Oficina de Investigaciones de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation), TennCare, la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General) u otra dependencia me pide ayuda para pillar fraude y abuso, debo ayudar.
- Sé que si el Estado paga facturas médicas o atención en casa de convalecencia en mi nombre, el Estado puede recuperar ese dinero. Sé que después de mi muerte, el Estado el estado podría recuperar dinero de mi patrimonio.
- Sé que nadie más puede usar mi tarjeta de seguro médico. Sé que si dejo que otra persona use mi tarjeta, tal vez tenga que pagarle al Estado las cuentas médicas de esa persona. Y podría ir a la cárcel.
- Si tengo un Número de Seguro Social (SSN) y estoy solicitando cobertura, sé que tengo que proporcionar un SSN válido. La ley federal nos permite pedir un SSN. [42 CFR 435.910] La ley estatal también nos permite pedirle su SSN. [Tenn. Code Ann § 71-5-106]
- Si alguna persona en esta Solicitud es elegible para cobertura de seguro médico con TennCare, le concedo a TennCare los derechos de pedir y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También le concedo a TennCare derechos para buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre.
- Sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recolecta la manutención médica de los padres ausentes. Si creo que cooperar para obtener apoyo médico me perjudicará o perjudicará a mis hijos, puedo decírselo a la agencia y posiblemente no tenga que cooperar.
- ¿Hay algún niño en esta Solicitud cuyo padre o madre vive fuera de la casa? Si sí, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recolecta la manutención médica de los padres ausentes. Si creo que cooperar para obtener apoyo médico me perjudicará o perjudicará a mis hijos, puedo decírselo a TennCare y posiblemente no tenga que cooperar.
- Si pienso que TennCare o CoverKids (CHIP) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien que yo pienso que la medida es incorrecta y pedir una revisión imparcial de la medida. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con TennCare Connect en el **1-855-259-0701**.
- Si creo que TennCare está tardando más de 45 días (o más de 90 días si solicitó atención a largo plazo), puedo solicitar una "audiencia por demora". Sé que puedo pedir una audiencia por demora llamando a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

### Su derecho a la privacidad

Sabemos que usted valora la privacidad de su información personal. La ley federal dice que debemos seguir las reglas de privacidad para mantener sus datos privados. Usted puede leer sobre las reglas en nuestro sitio web. Para obtener más información acerca de nuestras reglas de privacidad, vaya a nuestra página de privacidad. Si quiere que le enviemos una copia, llame gratis a TennCare Connect al 855-259-0701.

### No discriminación

#### No permitimos el trato injusto en nuestro programa.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? ¿Tiene más preguntas? ¿Necesita más ayuda? Puede **llamar gratis a TennCare Connect al 855-259-0701**. O visite <http://www.tn.gov/tenncare/topic/non-discrimination-compliance> para averiguar más.

### Registro de votante

¿Está registrado para votar donde vive ahora?

Sí  No

TennCare es una agencia de registro de votantes. Puede optar por solicitar hoy el registro para votar. Decidir no registrarse no cambiará nuestra decisión sobre el tipo de ayuda que le proporcionamos.

#### Para registrarse para votar:

- Debe ser ciudadano de EE.UU.
- Debe ser residente de Tennessee
- Debe tener por lo menos 18 años de edad a más tardar en la fecha de la próxima elección y
- No debe haber sido condenado por un delito grave, o si ha sido, sus derechos para votar deben haber sido restaurados.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, puede completar un formulario de registro de votantes en [www.tn.gov/sos/election/registration](http://www.tn.gov/sos/election/registration).



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

O puede elegir que le enviemos por correo una Solicitud de registro de votante.

¿Desea que le enviemos por correo una Solicitud de registro de votante?

Sí

No

Si no escoge, consideraremos que su respuesta es "No". Si desea ayuda para registrarse para votar, le ayudaremos.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho, puede presentar una queja. Puede enviar su queja por correo a:

**Division of Elections**

312 Rosa L. Parks Avenue

7<sup>th</sup> Floor, Snodgrass Tower

Nashville, TN 37243-1102

O bien, puede llamar al: 877-850-4959

(615)741-7956

Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden usar Tennessee Relay Center: 800-848-0299

## PASO 4: Lea y firme esta Solicitud

### Renovación de Cobertura en Años Futuros

Por lo general, debemos renovar su elegibilidad cada año para ver si sigue calificando. Para facilitar la renovación de su cobertura, podemos usar fuentes federales, como información de sus declaraciones de impuestos. Necesitamos su autorización para verificar esta información automáticamente. No importa si no nos da su permiso. Nos comunicaremos con usted cuando le toque renovar cada año. Por favor, elija una opción a continuación.

Sí, tienen permiso para tratar de renovar automáticamente mi elegibilidad para los siguientes:

- 5 años (el número máximo de años permitido)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No utilicen información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

**Firme esta Solicitud en el espacio de abajo.** La persona que completó el Paso 1 debe **firmar abajo**. Si usted es una Persona que Ayuda, puede firmar a continuación, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en la página 2.



Firma	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)				
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">   </td> <td style="width: 25%;">   </td> <td style="width: 25%;">       </td> <td style="width: 25%;">       </td> </tr> </table>				

## PASO 5: Envíe la Solicitud completada por correo



Envíe su Solicitud firmada a la dirección de abajo.

**TennCare Connect**

**P.O. Box 305240**

**Nashville, TN 37202-5240**

También la puede enviar por fax al **1-855-315-0669**. No se olvide de enviar los comprobantes que necesitamos para decidir si puede recibir cobertura médica con nosotros.



**¿Necesita ayuda con su Solicitud?** Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20